Análisis comparado del acceso a salud y educación en comunidades agrícolas marginadas y aisladas

Comparative analysis of access to health and education in marginalized and isolated farming communities

SUSANA HERRERO OLARTE
Universidad de las Américas- Quito
Correo electrónico: susana.herrero@udla.edu.ec

RECIBIDO: 23/09/2015 **APROBADO:** 27/10/2015

Resumen

Las Comunidades Marginadas y Aisladas (CMA) agrícolas tienen la necesidad de contar con políticas que consideren sus características propias. Es preciso para ello definir cuáles son sus necesidades y por ende priorizar los objetivos de las estrategias políticas a desarrollar para que puedan mejorar su calidad de vida. Para identificar sus principales problemas se acudió a 11 países en los que se realizaron 256 encuestas a familias en las CMA, 36 entrevistas a organizaciones que trabajaban en esas comunidades y se analizaron 11 proyectos de cooperación al desarrollo ejecutados en CMA. El acceso a la salud y a la educación era el principal problema para el 36% de la población encuestada. A continuación se comparan indicadores de referencia en el ámbito de la salud y la educación de cada CMA con el promedio nacional. En todos los casos, las condiciones de acceso a la salud y a la educación eran peores en las comunidades, menos en la transmisión de VIH. Para las familias, la principal causa era la pobreza. Además de la pobreza y de la desinformación, que sin duda dificultan el acceso a la salud y a la educación, las familias no se reconocen como titulares de derechos y por ende no pueden ejercer como tales, en la medida en que no consideran a las autoridades como titulares de obligaciones.

PALABRAS CLAVES: América Latina. Desarrollo rural. Comunidades marginadas y aisladas. CMA. Acceso. Salud. Educación.

Summary

Marginalized and isolated communities (CMA) Agricultural Have the Need for policies that consider their own characteristics. This work must define their needs to design political strategies to develop their quality of life. To identify the main problems, I went to 11 countries to do 256 surveys to families in the CMA, 36 interviews to organizations working in CMA and 11 development cooperation projects executed in CMA were analyzed. Access to health and education access was the mail problem to the 36% of the surveyed population. Then benchmarks in the field of health and education of each CMA with the national average compared. In all cases, the conditions of access to health and education were worse in communities less HIV transmission. For families, the primary cause was poverty. Besides poverty and misinformation, which certainly hinder access to health and education, families are not recognized as holders of rights and therefore cannot serve as such, to the extent that the authorities do not consider as bondholders

KEY WORDS: Latin America. Rural development. Marginalized and isolated communities. CMA. Access. Health. Education.

CLASIFICACIÓN JEL: I18-I28-Q01

Introducción

La marginación ha estado tradicionalmente vinculada a la pobreza y a la falta de oportunidades. En el ámbito específicamente agrícola, la condición de marginalidad se asocia con la imposibilidad para generar los recursos económicos y producir los alimentos necesarios en el corto, mediano y largo plazos, lo cual viene a perpetuar estructuras que tienen como fin la supervivencia. Efectivamente, desde un punto de vista agrícola las áreas marginales se definieron por Sebastian (2009) como aquellas tierras en países de ingreso medio y bajo[1] en las cuales los niveles de productividad son inferiores a la media (planicies de altitud, las colinas acusadas, tierras bajas accidentadas, zonas áridas o semiáridas, etc.) y que son rurales. Las tierras en condición de aislamiento para Sebastian eran las que estaban a más de dos horas del mercado más cercano. Tradicionalmente han sido grupos que, si bien tienen contacto con el resto de la sociedad a la cuales pertenecen, quedan aislados de las políticas de desarrollo impulsadas por los gobiernos e incluso por los actores de la cooperación internacional al desarrollo, porque la lejanía encarece y dificulta técnicamente los procesos. La brecha pues entre estos grupos y los focos de desarrollo, tanto urbanos como rurales se perpetúa generación tras generación.

Para poder mejorar las condiciones de vida de las comunidades con políticas diseñadas para tal fin resulta fundamental reconocerlas, identificar los problemas que reconocen como más graves y cuantificarlos, de cara a valorar la diferencia con la media nacional, y por ende la necesidad de planificar políticas para, de ser necesario, reducir la brecha.

1 Son países de ingreso bajo los que perciben sus habitantes 1.035 dólares o menos al año, entre 1.036 y 4.085 son países de ingreso medio bajo, los países de ingreso medio alto perciben entre 4.086 y 12.615 dólares, y el ingreso por habitante de los países de ingreso alto es igual o superior a 12.616 (Banco Mundial, 2014).

Para identificar sus principales necesidades se encuestaron a 256 personas que residían en 42 comunidades marginadas y aisladas en Colombia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Haití, Malí, México, Níger, Perú, Senegal y Vietnam. Se realizaron además 36 entrevistas a 14 organizaciones de la sociedad civil que trabajaban en esas comunidades. Los problemas fundamentales para las propias familias eran la pobreza, las malas condiciones de salud, de educación y la inseguridad alimentaria. La falta de acceso a la educación y a la salud era el principal problema para el 36% de las personas entrevistadas.

Para comparar los niveles de salud y educación entre las CMA y a nivel nacional se identificaron algunos indicadores significativos. En el ámbito de salud, se estudió la tasa de mortalidad general, la de los bebés, de los niños y las niñas menores de cinco años, la exhaustividad de la información de las muertes, el porcentaje de la población con acceso a servicios de salud, las embarazadas que recibieron atención prenatal, los niños y niñas menores de cinco años que accedieron a tratamiento para las infecciones respiratorias agudas, los neonatos protegidos contra el tétanos y el porcentaje de la población entre 15 y 24 años con VIH. En el ámbito de la educación, se consideró la alfabetización de adultos hombres y mujeres y los alumnos que acabaron la escuela primaria y pudieron empezar la secundaria.

Los datos de las CMA se obtuvieron de las entrevistas y encuestas realizadas en las 42 comunidades visitadas, de las entrevistas a directivos y personal técnico de las 14 organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en este tipo de comunidades y de la información de las líneas de base de proyectos de cooperación al desarrollo en CMA (ver detalle de las fuentes de información para obtener los datos de las comunidades en el Anexo I). Los datos nacionales se obtuvieron de la base de datos del Banco Mundial.

Los resultados de la comparación muestran divergencias significativas entre los datos de las comunidades y los datos a nivel nacional en todos los casos, excepto para la transmisión del VIH, lo cual se explica por la condición de marginación. Las mayores brechas se aprecian en los países que parten de indicadores más bajos, lo que de manera general se da en los países africanos tomados como referencia y en Haití, que presentan en conjunto los peores indicadores socioeconómicos. La brecha de género nacional se traslada y se potencia en las comunidades.

En vista de los resultados obtenidos, es preciso diseñar políticas que vengan a mejorar las condiciones de salud y de educación en este tipo de comunidades. La principal causa para las comunidades de la falta de acceso es la pobreza, cuestión que relacionan fundamentalmente con la distancia. Se aprecia además una falta de información general, sobre todo en el ámbito de la salud y una falta de consideración propia como titulares de derechos a la salud y educación, lo cual intrínsecamente se relaciona con una falta de petición de responsabilidades a los titulares de obligaciones, en este caso el Estado.

Materiales y métodos

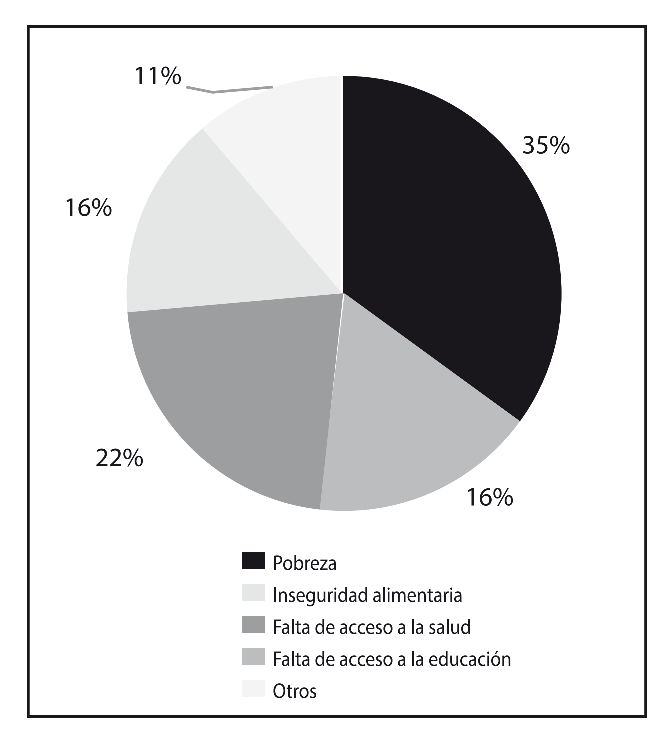
Para poder atender los problemas específicos de las CMA, es necesario cuantificarlos y comparar los indicadores relacionados con los promedios nacionales.

Los datos de las CMA no se pudieron obtener de estudios ya elaborados, o de fuentes de información fiables, debido a la escasa literatura sobre el contexto en las CMA. Tampoco desde las bases de datos de los organismos internacionales, ni desde los diferentes Estados, estaban disponibles datos oficiales sistemáticos de publicación periódica sobre los temas de interés. Si bien se podía encontrar de manera puntual información sobre comunidades marginadas o aisladas, era imposible disponer de datos homogéneos de comunidades que se encontraran en ambos estados de marginación y aislamiento, que fueran aceptables para el estudio. Fue necesario acudir a las

propias CMA para poder obtener datos reales, sobre las condiciones de vida de la población que vive en este tipo de comunidades.

Se encuestaron a 256 personas en 42 CMA en Colombia (COL), República Dominicana (DOM), Ecuador (ECU), Guatemala (GTM), Haití (HTI), Malí (MLI), México (MEX), Níger (NER), Perú (PER), Senegal (SEN) y Vietnam (VNM). Se realizaron 36 entrevistas a los directores y/o coordinadores de 14 organizaciones, que trabajan en las comunidades y promueven el desarrollo en la Pantalla de Visualización de Datos (PVD). Se utilizaron además, 10 proyectos de cooperación no publicados, de donde se pudieron obtener datos fundamentales (en el Anexo I se detallan las fuentes de información primarias y secundarias utilizadas para obtener los datos de las CMA).

Figura 1:
Necesidades detectadas en las CMA muestra



Fuente: Elaboración propia, a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA y a las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I)

Para obtener los datos a nivel nacional de los países seleccionados, aunque se cuenta con un volumen de literatura disponible ampliamente analizada, se prefirió contar con una fuente común y homogénea, como es la base de datos del Banco Mundial (Banco Mundial, 2015).

Las entrevistas a las organizaciones, las visitas realizadas a las comunidades y los proyectos han permitido definir cuáles son las prioridades de las familias que viven en las CMA, recogidas en la siguiente figura.

Para el 22% de las personas entrevistadas, las condiciones de salud eran su principal problema.

Se realiza a continuación una comparativa entre los indicadores de salud y educación de las CMA y a nivel nacional de 11 países que son México (MEX), Guatemala (GTM), República Dominicana (DOM), Haití (HTI), Colombia (COL), Ecuador (ECU), Perú (PER), Senegal (SEN), Malí (MLI), Níger (NER), y Vietnam (VNM)[2]. En todos los casos se atiende a la brecha de género.

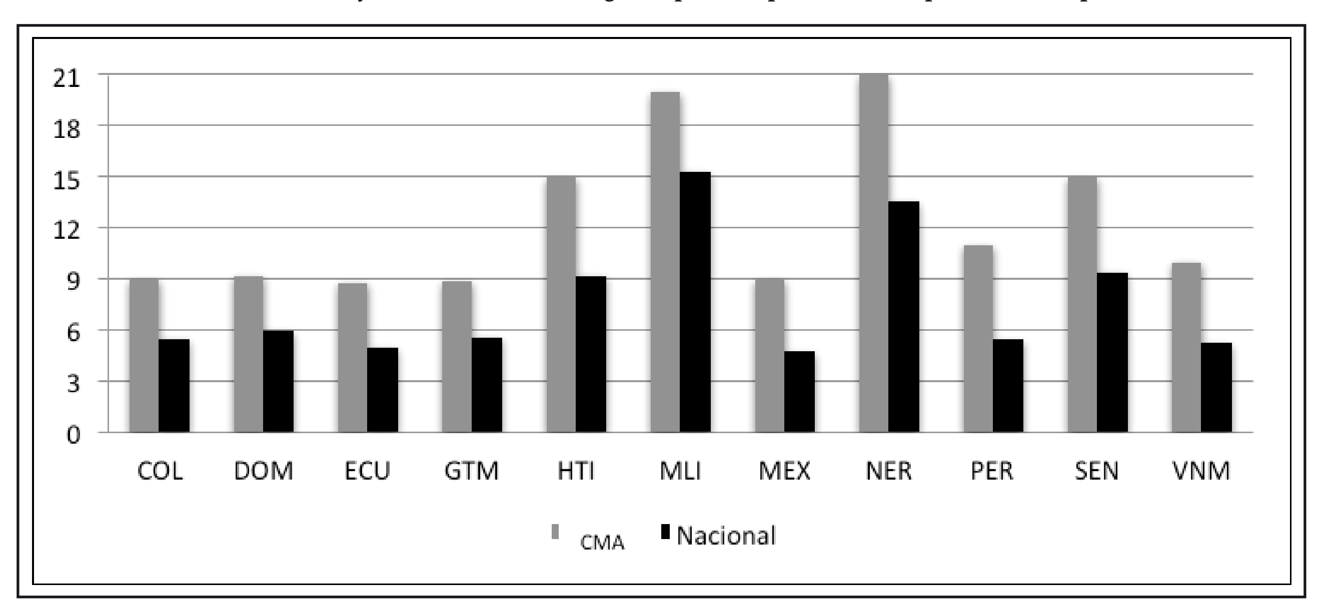
Resultados

En este epígrafe se analiza la tasa de mortalidad general, la de los bebés[3] y la de los niños y las niñas menores de cinco años. Se estudia además, la exhaustividad de la información de las muertes. Se valora el

2 No en todos los casos, por la disponibilidad de datos de la base del Banco Mundial (2015) se ha podido acceder a la información de todos los países mencionados.

3 Tanto al analizar la media nacional como al recoger los datos de las CMA, la tasa de mortalidad infantil es el número de niños con menos de un año que mueren por cada 1.000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2015).

Figura 2:
Tasa de mortalidad en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (por cada 1.000 personas anuales)



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

porcentaje de la población con acceso a servicios de salud[4] , de las embarazadas que reciben atención prenatal, de los y las menores de cinco años que reciben tratamiento para las infecciones respiratorias agudas (IRA) y de los neonatos protegidos contra el tétanos. Se considera además el porcentaje de la población entre 15 y 24 años con VIH. En general, y en todos los casos y países estudiados, a excepción de la tasa de VIH, los indicadores eran peores en el caso de las CMA.

En tanto la tasa de mortalidad de los adultos, como puede apreciarse en la figura 2, era superior en todas las CMA respecto a la media nacional, con una diferencia especialmente acusada en los casos con un mayor porcentaje por país, que son Níger, Malí, Senegal y Haití. Estos eran los países que presentaban en general unas peores condiciones socioeconómicas, con un menor crecimiento y las mayores tasas de pobreza, y un menor peso del gasto en salud del sector público como porcentaje del PIB, lo cual se relaciona de manera directa con una mayor tasa de mortalidad por la falta de atención sanitaria.

De igual manera, la esperanza de vida en todos los países era menor en el caso de las CMA, como puede verse en la siguiente figura. Nuevamente los países africanos analizados presentaban los peores índices, de manera que en Malí la esperanza de vida era de 50 años, en Níger de 52, en Senegal de 58 y en Haití, de 61. La falta de atención sanitaria y la falta de recursos

4 Tanto en el ámbito nacional como en el de las CMA, se considera que la población con acceso a servicios de salud es aquella con un acceso al menos adecuado a instalaciones de desecho, exclusivas para seres humanos, que las aíslen de los animales y los insectos, bien construidas y que cuenten con el mantenimiento necesario (Banco Mundial, 2015).

económicos pesaban de nuevo más que otros factores, como podrían ser las muertes violentas o los fenómenos de la naturaleza, indicadores en los cuales Colombia, Guatemala o México presentaban los peores datos.

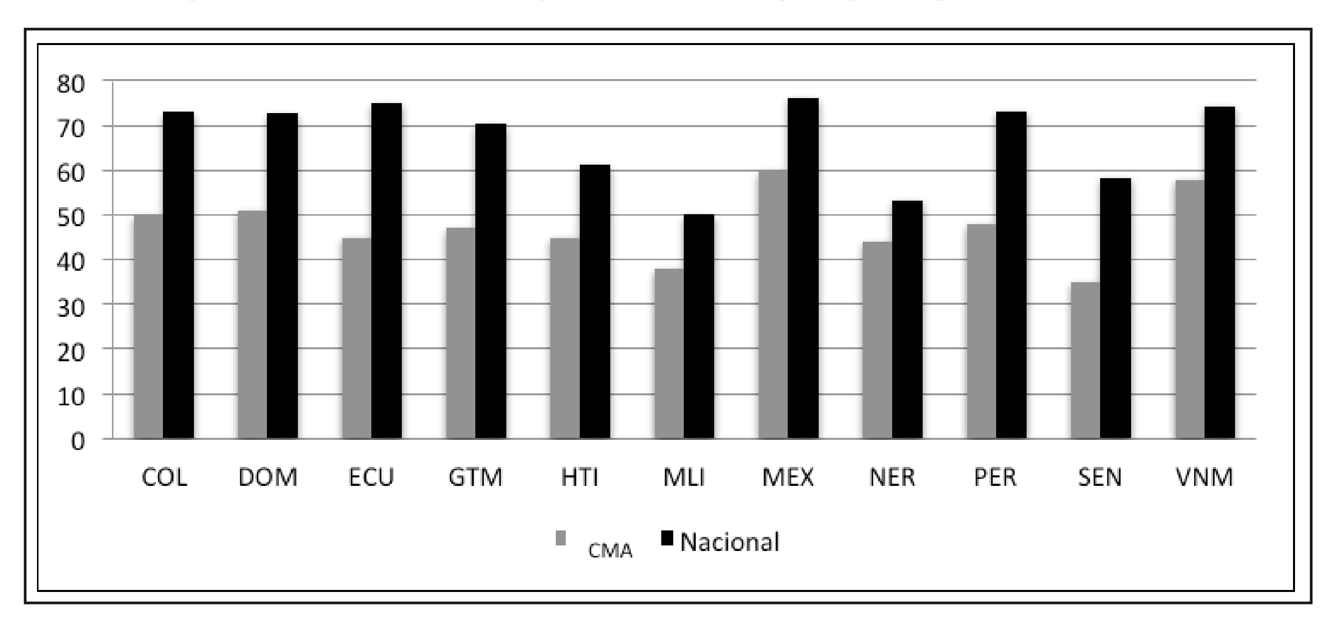
En las CMA, con sujeción a las tendencias nacionales, los peores registros aparecían en Senegal y Níger, con una previsión de 32 y 38 años, respectivamente. En general, y al igual que en la mayoría de los indicadores analizados, como se verá a continuación, las diferencias entre las CMA y las medias nacionales eran similares, aun cuando las principales brechas se dieran en Ecuador, Senegal y Perú, con diferencias de hasta 30 años.

En cuanto al porcentaje de mortalidad de bebés, que se recoge en la siguiente figura, la mayor tasa se registraba también en los países africanos, que son Malí, Níger y Senegal, además de Haití, con 105, 75 y 50 fallecidos por cada 1.000 nacidos. Haití se situaba en el tercer puesto, con 60 muertos.

En comparación a los datos de la mortalidad del total de la población, el volumen de fallecidos neonatos era mayor en las CMA respecto a la media nacional, lo cual indica la vulnerabilidad del grupo, considerando además que muchos fallecimientos de bebés no eran reportados y que llegaba a ser una cuestión incluso normalizada. En las CMA los países con una mayor tasa de mortalidad neonatal eran también Malí, Níger y Senegal, seguidos de Ecuador, Guatemala y Haití. La brecha con la media nacional sí difería en este caso entre los distintos países, siendo el mínimo de 10 puntos en el caso de Perú, y de hasta 40 puntos el máximo, en Malí.

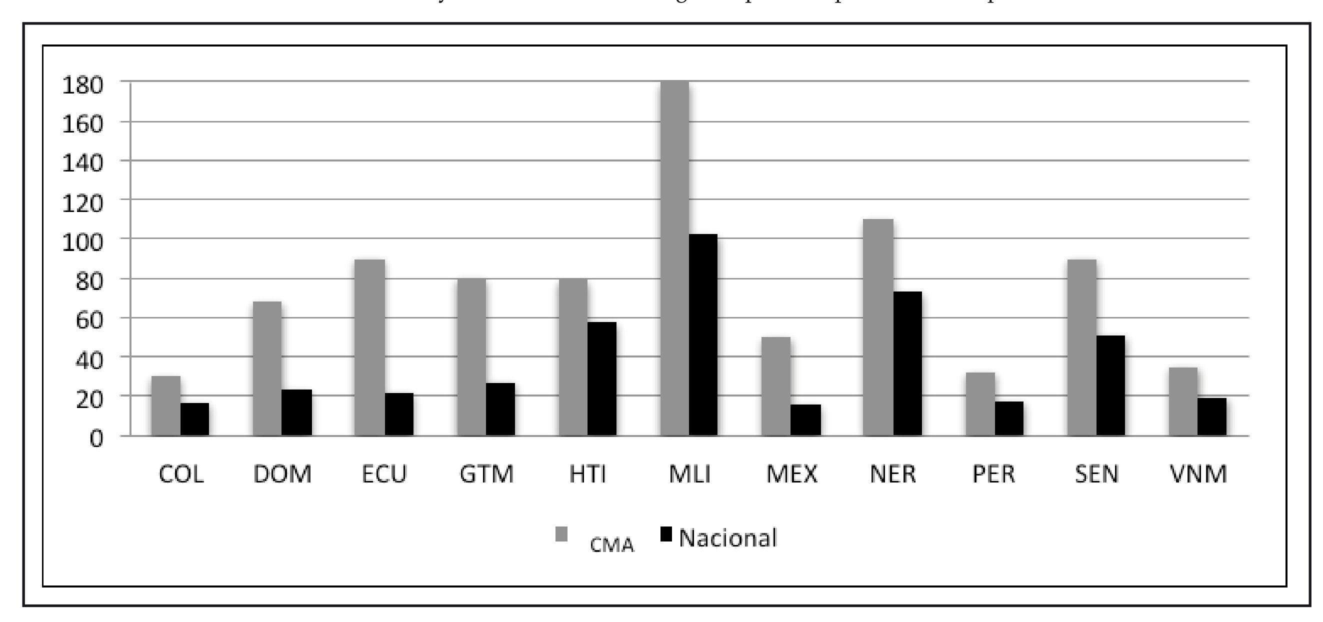


Figura 3:
Esperanza de vida al nacer en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (en años)



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

Figura 4:
Tasa de mortalidad de bebés en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

En cuanto a la mortalidad de los menores de cinco años, como puede apreciarse en la Figura 5, la tendencia era similar a la registrada en el estudio de la mortalidad neonatal, pero con porcentajes más elevados de muertes en los países africanos y menores en el resto.

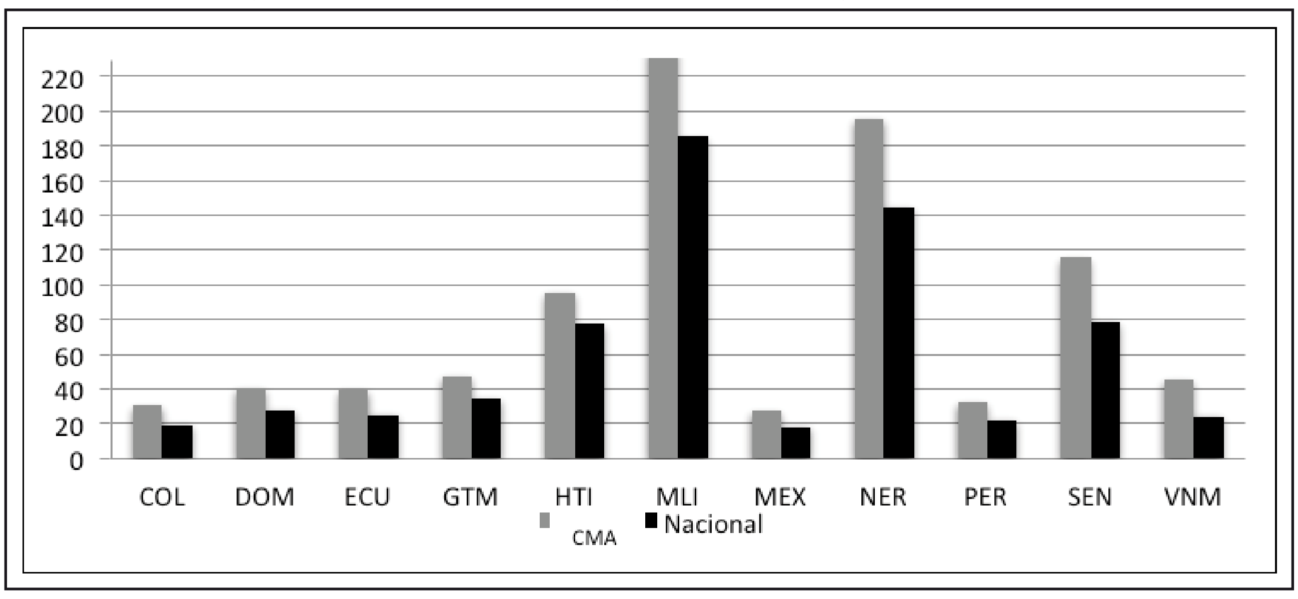
En las CMA, los países con una mayor tasa de mortalidad de menores de cinco años eran también Malí, Níger y Senegal, seguidos de Haití y Guatemala. También en las comunidades, donde la mortalidad infantil estaba casi normalizada, los datos eran mayor que la de los bebés, lo cual se explica en parte, por la falta de reportes de las muertes de bebés y porque las muertes de menores de cinco años abarcaban un espacio temporal mayor.

En tanto a la brecha de género, no se observa una mayor tasa de mortalidad de las niñas en el ámbito nacional, pero sí en las CMA, como puede verse en la figura 6, que indica la mortalidad de los niños. Este efecto se explica en la medida en que las familias habían alimentado peor a las niñas. La diferencia se explica por la creencia generalizada que serán los varones los que mantendrán económicamente el núcleo familiar cuando los adultos ya no puedan trabajar, y son los que por ende deben alimentarse mejor y sobrevivir.

No solo que no se registraban las muertes de bebés, como se ha destacado al comentar la Figura 4, sino que tampoco se notificaban los fallecimientos de los adultos, en función del protocolo de cada país, si bien en este caso solo se cuenta con datos de la región americana.

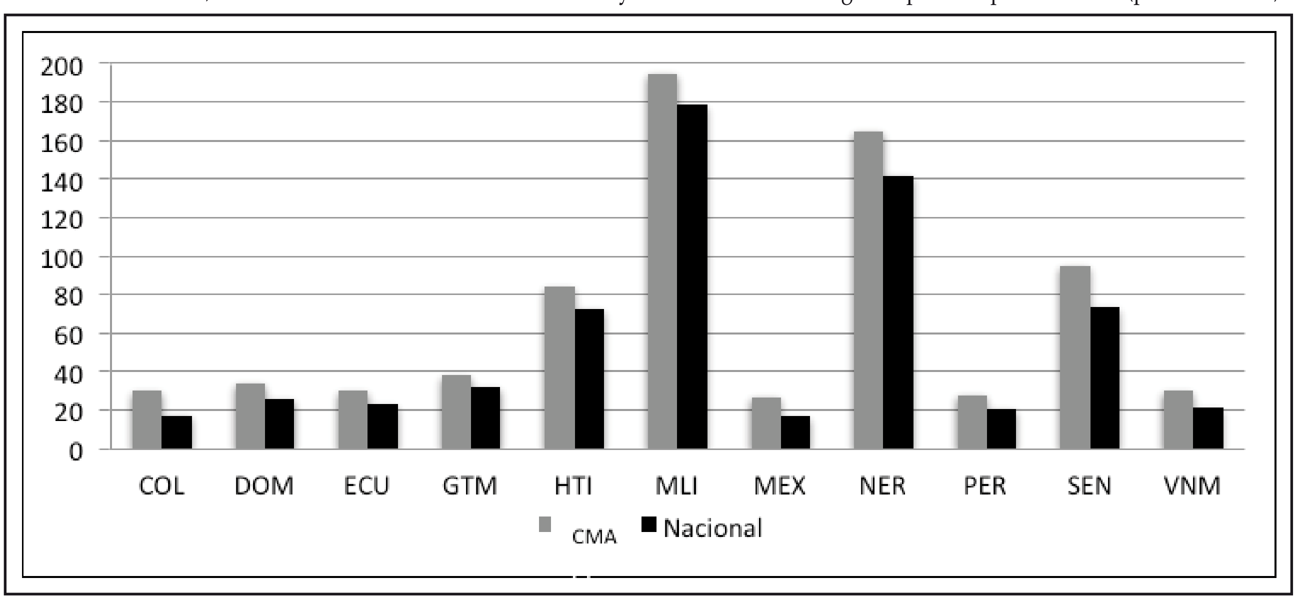
Tanto a nivel nacional como de las CMA, los datos de la exhaustividad recogidos eran similares. También la

Figura 5:
Tasa de mortalidad, mujeres menores de cinco años en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (por cada 1.000)



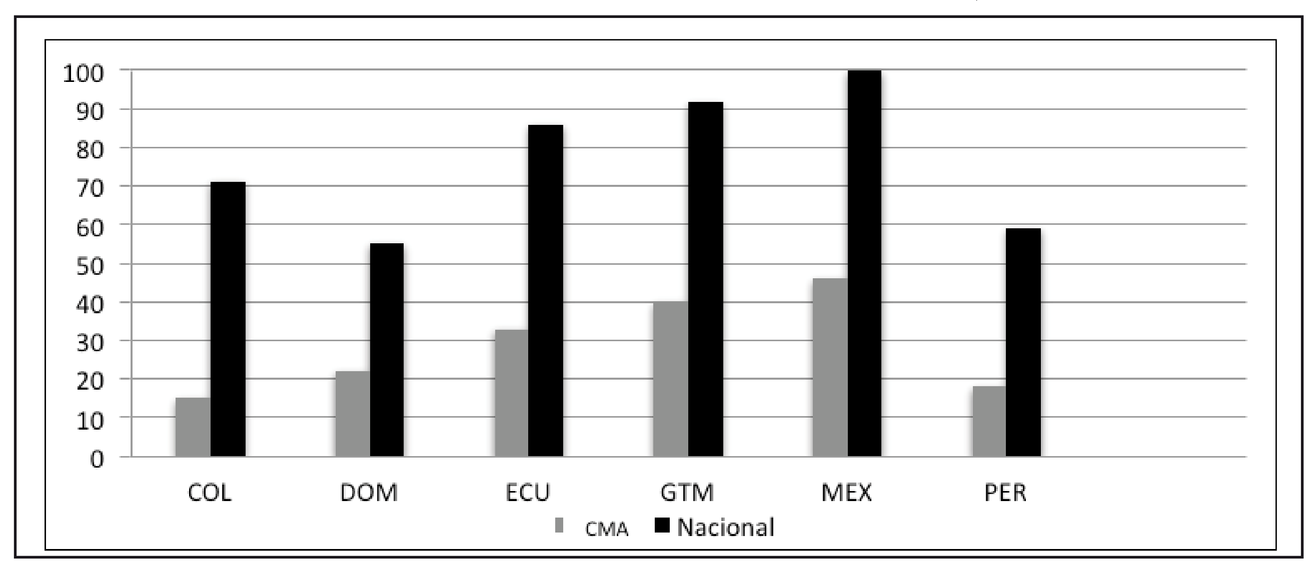
Fuente: Elaboración propia a base a las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

Figura 6:
Tasa de mortalidad, hombres menores de cinco años en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (por cada 1.000)



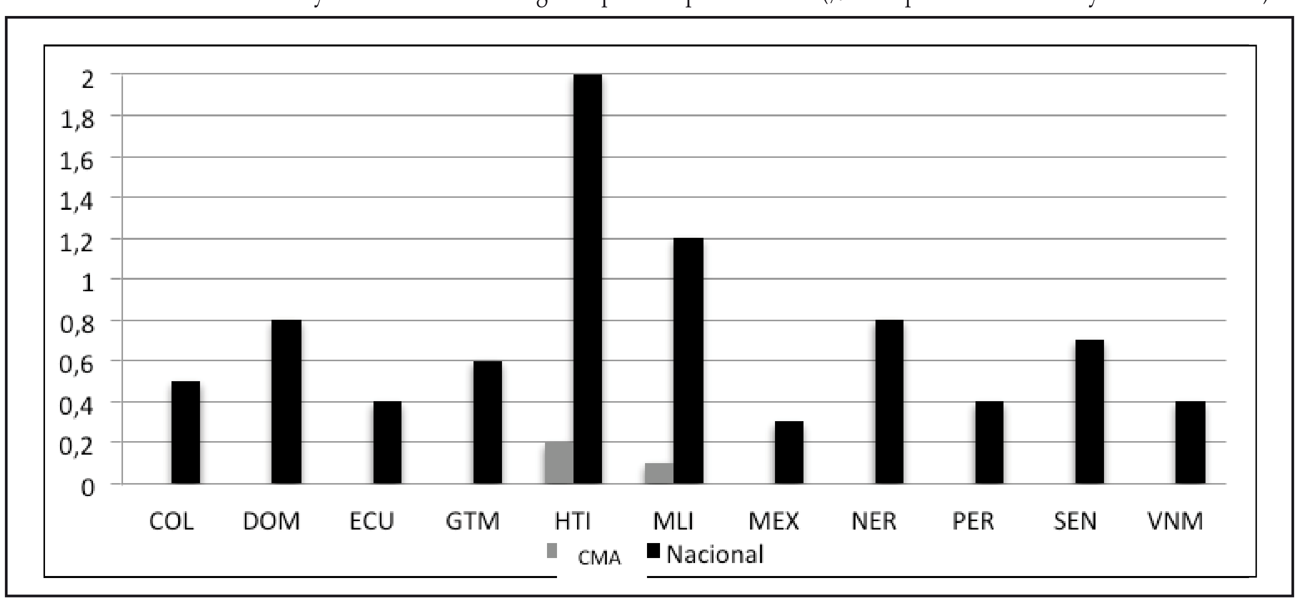
Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

Figura 7:
Exhaustividad de la información del total de muertes en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (% del total de muertes informadas en relación con el total de muertes estimadas)



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

Figura 8:
Prevalencia de VIH en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (% de la población entre 15 y 24 años de edad)



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

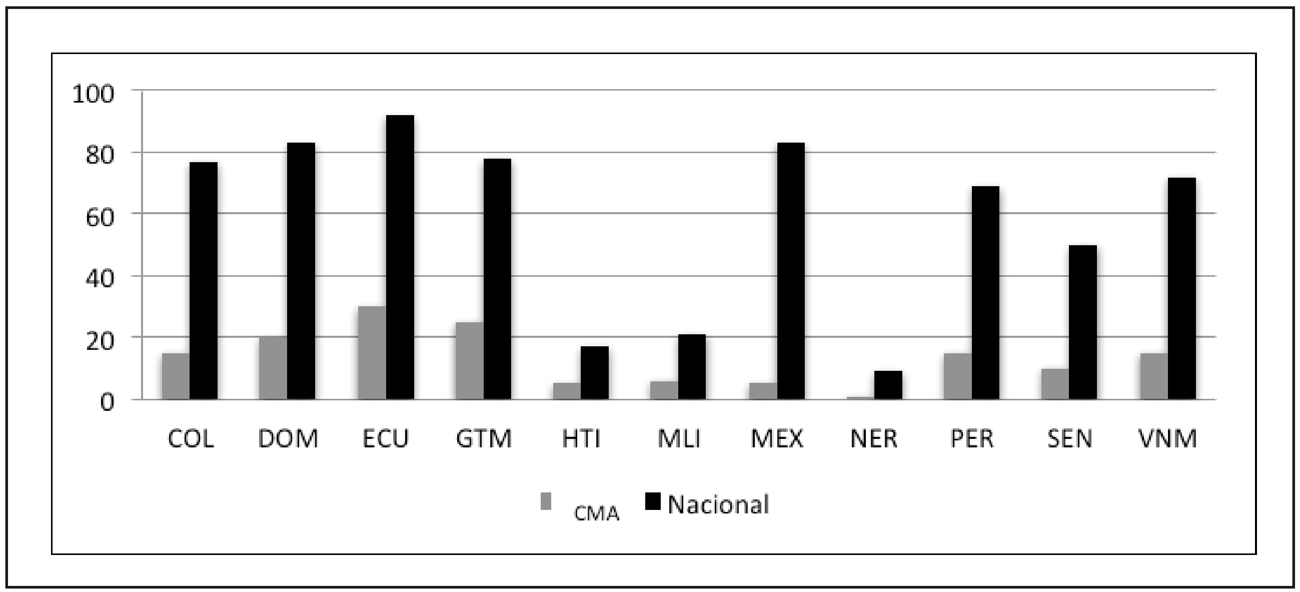
brecha entre ambos indicadores era parecida y se situaba por encima de los 50 puntos en todos los casos, lo que era de esperar. La diferencia se explica por la condición de aislamiento y pobreza de las comunidades, que les dificultaba llegar hasta el lugar para reportar, así como pagar el coste para llegar y perder el día de trabajo o comunicarlo mediante otros medios de comunicación, a los cuales no tenían acceso.

La prevalencia del VIH era casi nula en el caso de las CMA, a excepción de Haití y Malí, que aun así guardaban una gran diferencia con la media nacional. En este caso, la condición de aislamiento limitaba el contacto de las comunidades con enfermedades contagiosas, como es el VIH, que en su mayoría llegaban incluso a desconocer.

En cuanto al acceso a algún sistema sanitario, se aprecian diferencias especialmente relevantes. Como se indica en la figura 9 los niveles de acceso a instalaciones sanitarias en las comunidades, tanto como en todos los países, son mínimos. Las comunidades con un mayor acceso eran Ecuador y Guatemala con un 30 y un 20%. Se observa además, al analizar el porcentaje de la población con acceso a instalaciones sanitarias, una diferencia en todas las CMA respecto a la media nacional. Las mayores brechas se registraban en los países en los cuales las medias nacionales de acceso a los sistemas de salud eran más altas. En el caso de Níger, en las comunidades se registró un 2% de acceso a los sistemas de salud, frente a un 5% nacional, y en el de México, por ejemplo, mientras en las CMA el acceso era del 4%, a nivel país era del 83%. La distancia y el acceso a las medicinas eran las mayores dificultades para poder acceder a acciones paliativas de problemas de salud.

Al considerar el acceso a servicios profesionales de salud en casos concretos, como es el de las embaraza-

Figura 9:
Mejora de las instalaciones sanitarias en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos (% de la población con acceso)

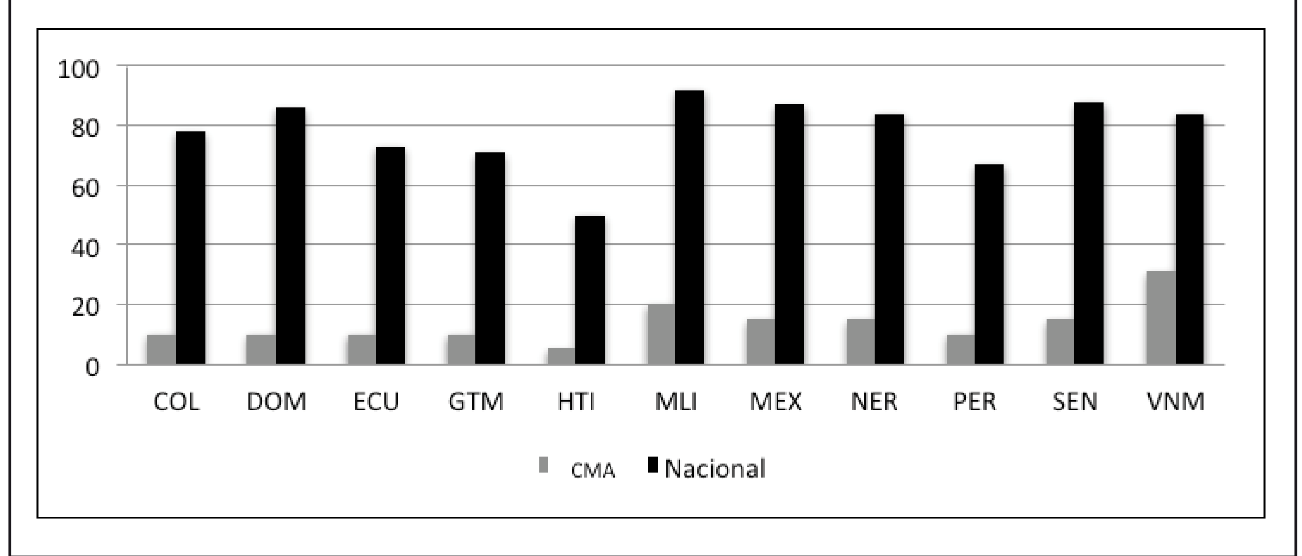


Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

das, los nacimientos o los tratamientos de enfermedades, se aprecian brechas significativas. En el caso de las embarazadas, estas recibieron en atención médica prenatal en las CMA con una diferencia de casi 80 puntos porcentuales en todos los casos respecto a la media del país. En tanto a los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado, la diferencia entre las CMA y la media nacional se reduce a la mitad. Al considerar el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años se aprecia una diferencia en casi 60 puntos entre las CMA y la media nacional, con las mayores diferencias en Colombia y la República Dominicana, con brechas de en torno al 65%. La diferencia entre el porcentaje nacional y el de las CMA se explica por la dificultad para acceder a un centro de salud en el cual tratar las IRA, o cualquier otra enfermedad que requiera de una atención en el corto plazo.

Al analizar el porcentaje de neonatos protegidos contra el tétanos, como se indica en la siguiente figura, en Haití y en Perú se recogían los peores datos, mientras en Malí, Senegal, México y Vietnam, el indicador alcanzaba el 90%. En todos los casos, la diferencia con las CMA era superior a 30 puntos, por la distancia y la falta de información.

Figura 10:
Neonatos protegidos contra el tétanos (%) en 2008 en CMA y a nivel nacional en algunos países representativos



Fuente: Elaboración propia a base de las entrevistas y encuestas elaboradas en las CMA, las líneas de base y formulaciones iniciales de los proyectos de cooperación seleccionados (ver detalle en Anexo I) y el Banco Mundial (2015)

Conclusiones

En este trabajo se han comparado las condiciones de salud y de educación en varias Comunidades Marginadas y Aisladas (CMA) de 11 países con los promedios nacionales.

Al considerar los indicadores de salud, los datos registrados en las CMA eran peores en general, en comparación a la media nacional, a excepción del contagio de VIH. En tanto a la mortalidad por cada mil personas, la diferencia era en promedio de cinco personas fallecidas entre las comunidades y las

medias nacionales. La esperanza de vida era de 17 años menos en las CMA. La mortalidad infantil por mil en las comunidades era superior, en casi 50 bebés y 20 menores de cinco años en comparación a las medias nacionales. Morían más las niñas que los niños, tanto a nivel nacional, como en las comunidades, la brecha en las CMA era mayor. Destaca la desinformación en las CMA de los fallecimientos, registrándose diferencias de 60 puntos respecto a los promedios nacionales de fallecimientos adecuadamente reportados. En tanto al acceso a los servicios de salud, en las comunidades no se superaba el 30%, registrándose diferencias con las medias nacionales de hasta 81 puntos porcentuales. Al considerar el acceso a servicios profesionales de salud en casos concretos, como es el de las embarazadas, los nacimientos o los tratamientos de enfermedades, se aprecian brechas significativas. Al considerar la vacunación, la diferencia entre la media nacional y de las comunidades oscilaba en torno a los 60 puntos porcentuales.

Para las familias, la principal causa de la brecha entre las condiciones de salud en las CMA y a nivel nacional es económica, dejando en un segundo plano la falta de la prestación del servicio por parte de las autoridades, a las cuales no se las reconocen como titulares de obligaciones, por lo que ellas mismas no se reconocen como titulares de derechos. La pobreza para las comunidades es la causa por la cual no pueden pagarse los médicos y, en el caso de la salud pública, el coste de los medicamentos es el principal escollo. La distancia desde las CMA es responsable de gran parte de la brecha para informar de las muertes, comprar las medicinas, llevar a las madres gestantes, atender nacimientos o llevar a los niños y niñas a vacunarse, pero sobre todo por una cuestión económica, por dejar de trabajar un día y por el coste que implica en billetes de autobús o carro compartido. Los ingresos insuficientes justifican además la brecha entre niños y niñas, en la medida en que el acceso a la salud se garantiza antes a los varones, que podrán en el futuro sostener económicamente a la familia. La falta de información es causa fundamental de la brecha, sobre todo en lo relativo a la medicina preventiva y de control, sobre todo en gestantes y niños.

En conclusión, de generar políticas capaces de restablecer el reconocimiento de la titularidad del derecho a la salud en las CMA, y de generar mecanismos aprovechando los insumos de los que ya se dispone en las propias comunidades, habría forma de garantizar ambos derechos.

Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial, 2015. *Base de datos.* Disponible en http://datos.bancomundial.org/. Consultado en 15/3/2015 a 12:15
- Sebastián, Karen, 2009. *Mapping favorability for agriculture in low and middle-income countries: technical report, maps and statistical tables*. Oxfam América, Washington

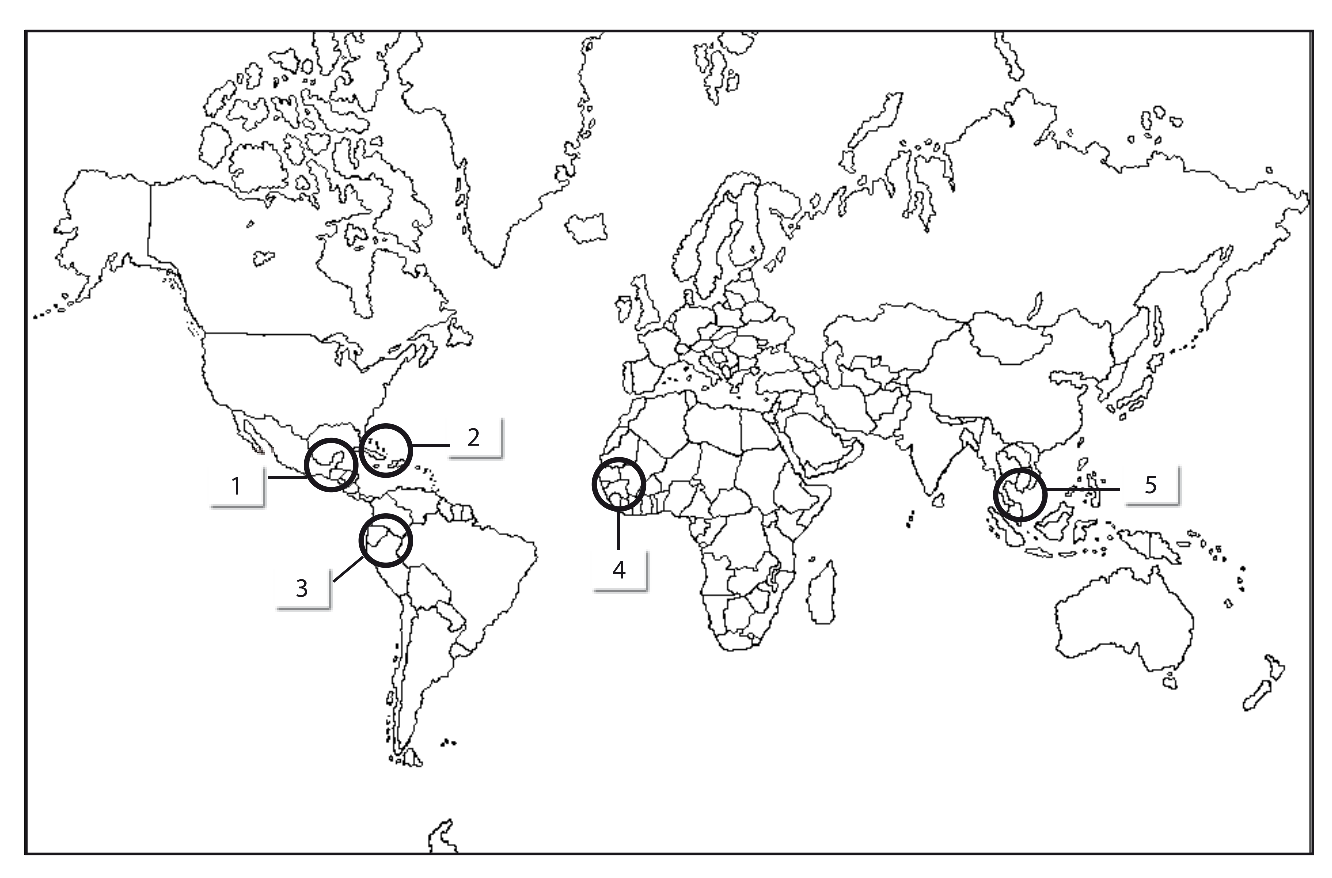
Relación de Figuras y Tablas

Relación de Anexos

Para poder obtener la información fundamental para el análisis se realizaron 36 entrevistas a los directores y/o coordinadores de 14 organizaciones que trabajan en las comunidades y promueven el desarrollo en PVD. Se visitaron también 42 CMA, pudiendo entrevistar a 256 personas. Las entrevistas se realizaron en el período comprendido entre febrero de 2009 y diciembre de 2011.

Para facilitar el análisis, las CMA y las comunidades visitadas se agruparon en cinco zonas que se detallan en la siguiente figura:

Figura 11:
Mapa de las zonas del mundo en las cuales se han realizado las entrevistas y se han visitado las CMA



Fuente: Elaboración propia

Se presenta a continuación una relación las entrevistas realizadas, y las personas visitadas en las CMA:

Tabla 1.
Relación de las CMA visitadas y de las entrevistas con organizaciones que trabajan en las comunidades

Zona	País	Visitas a CMA	Personas visitadas en CMA	Organización	
Zona 1	México	4	28	Enlace	www.enlace.org
	Guatemala	4	32	CEDEPEM	www.cedepem.org
Zona 2	República Dominicana	2	30	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)	www.iddi.org
		2	15	Tú, Mujer INC	www.tumujer.org
	Haití	3	15	Instituto Haitiano de Desarrollo Integral (IHDI)	www.iddi.org
Zona 3	Ecuador	5	55	Fondo Ecuatoriano Populorum Progressio (FEPP)	www.fepp.org.ec
		3	17	Unión Popular de Mujeres de Loja (UPML)	www.upml.org
		3	5	Fundación GRATOS	www.gratos.org
		2	15	Fundación Altrópico	www.fundacionaltropi-co.org.ec
	Perú	2	10	Centro de Investigación y Promo-ción del Campesinado (CIPCA)	www.cipca.org.pe
	Colombia	1	4	Minuto de Dios	www.minutodedios.org
Zona 4	Malí	1	7	ASSAFE	www.anpe-mali.org
	Senegal	1	5	Enda Ecopole	http://endatiers-monde.org/instit/
Zona 5	Vietnam	4	18	Fundación para las Mujeres Pobres de Than Hoa	huyệnngasơn@hot-mail.com

Fuente: Elaboración propia

Además de los datos de las entrevistas y los talleres como fuente de información para obtener los datos de las CMA, se utilizaron los documentos de formulación y las LB iniciales no publicadas de los siguientes proyectos de cooperación al desarrollo, cedidas por el Centro de Investigación y Documentación de Europa y América Latina (CIDEAL)[5] , y cada una de las organizaciones locales.

Tabla 2.
Proyectos para comparar los indicadores socioeconómicos de las CMA con la media nacional

País	Título del Proyecto	Organización que realizó la identificación
COL	"Contribuir al aumento de la cobertura en procesos de educación a jóvenes y adultos extraedad, para mejorar su nivel académico y permitir el acceso a procesos de educación superior e inserción laboral"	Minuto de Dios
DOM	"Mejora del acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva en la provincia de Elías Piña, República Dominicana"	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI)
ECU	"Fomento de la migración responsable entre Cañar y Madrid a través de la prestación de servicios de información, orientación y asesoramiento y el apoyo a iniciativas productivas de familias transnacionales"	Fundación Nuevos Horizontes
GTM	"Desarrollo rural de población indígena campesina del Altiplano Occidental "Ixim" (Guatemala)"	Centro Experimental para el Desarrollo de la Pequeña y la Mediana Empresa (CEDEPEM)
HTI	"Desarrollo socioeconómico de las poblaciones fronterizas de Jimaní, República Dominicana y Fond Parisien, Haití"	Instituto Haitiano de Desarrollo Integral (IHDI)
MLI	"Projet pilote pour l´amélioration de la sécurité, la sante, des services d´hygiène et du tissu socio-économique sur l´axe Bamako-Ségou-Mopti de la Route National RN6, au Mali"	Organisation pour la Réflexion, la Formation et l´Education à la Démocratie et au Developpement (ORFED)
MEX	"Inversión productiva y capacitación en comunidades campesinas de la Sierra Madre de Chiapas"	ENLACE
NER	"Mejora de las condiciones alimentarias de las familias más pobres de la frontera norte"	Aleluya Foundation
PER	"Mejora de los índices nutricionales y socioeconómicos de comunidades en situación de pobreza en Piura, al norte de Perú"	Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA)
SEN	"Apoyo a la inserción socioeconómica de mujeres en Rufisque Este, Dakar"	Enda Ecopole

Fuente: Elaboración propia

5 CIDEAL se dedica a la investigación, la formación y la asistencia técnica en el ámbito de la cooperación internacional, así como a la ejecución de convenios, programas y proyectos de desarrollo en diversos países del Sur. Creada en Madrid en 1983 como una organización privada sin ánimo de lucro, hoy cuenta con delegaciones y expertos permanentes en América Latina, Caribe, África y Oriente Próximo. Desde el punto de vista político y económico, CIDEAL es una organización independiente, que fomenta la excelencia profesional y engloba a expertos de distintas tendencias ideológicas. Como centro de investigación, CIDEAL imparte varios programas de posgrado y numerosos cursos monográficos, seminarios y talleres. Asimismo, dispone de una editorial propia con la cual da a conocer parte de sus estudios. Hasta diciembre de 2013 había publicado más de cincuenta títulos, algunos de los cuales se han convertido en obras de referencia en su especialidad. Así, CIDEAL lleva a cabo una doble labor. En primer lugar, es un centro de investigación y formación especializada que pretende perfeccionar y ampliar el ámbito de la ayuda internacional al desarrollo, contribuyendo a que se convierta en un sector de actividad diferenciado y con un alto nivel de eficacia profesional. Luego, sus propios expertos ponen en práctica los resultados de esta actividad investigadora, ejecutando proyectos de desarrollo en América Latina, Caribe, África y Oriente Próximo (CIDEAL, 2015).